



**Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa Hospital
de Santa Maria / Centro Hospitalar Lisboa Norte**

CENTRO HOSPITALAR
LISBOA NORTE, EPE



Clínica Universitária de Pediatria

Trabalho Final de Mestrado integrado em Medicina

Ano Letivo 2015/2016

Sobredotação em Portugal

Caracterização da população em idade pediátrica

Orientadora: Dra. Cristina Camilo

Co-Orientadora: Dra. Sara Bahia

Autora: Inês Pereira Coelho – n.º14524

ÍNDICE

RESUMO	3
ABSTRACT	3
1. INTRODUÇÃO	4
2. CONCEITOS TEÓRICOS - DEFINIÇÃO.....	5
3. MÉTODO.....	7
3.1 Sujeitos.....	7
3.2 Questionário	7
3.3 Análise dos dados	7
4. RESULTADOS.....	8
4.1 Sobre a Família	8
4.2 Sobre a Criança	9
5. DISCUSSÃO.....	14
6. LIMITAÇÕES E FUTURAS ÁREAS DE PESQUISA	17
7. CONCLUSÃO	18
8. AGRADECIMENTOS.....	19
9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	19
10. BIBLIOGRAFIA CONSULTADA.....	21

RESUMO

Dada a existência de pouca informação na comunidade pediátrica portuguesa sobre a sobredotação, foi desenvolvido o seguinte estudo com o principal objetivo de caracterizar a população sobredotada em Portugal.

Foi realizado e analisado um questionário a 33 progenitores cujos filhos frequentavam a ANEIS¹ - 11 raparigas e 22 rapazes, com idades entre 6 e 17 anos. Apenas 6 avançaram 1 ano ao longo do percurso escolar e as disciplinas que mais gostam são Matemática e Ciências; as que menos gostam são Línguas e Educação Física. Os principais sinais de precocidade são o discurso fluente precoce, a rapidez de aprendizagem e a intensa curiosidade. As características de personalidade mais presentes foram a sinceridade e a justiça; as menos demonstradas foram ser calado e ambicioso.

Concluiu-se que: a hereditariedade não é fator exclusivo de sobredotação; existem mais crianças do sexo masculino com este diagnóstico; existe uma maior inclinação masculina para Ciências e Matemática e uma maior preferência feminina por Artes e Línguas; não foram reveladas diferenças significativas nos dados biométricos mas verificou-se sinais de precocidade no desenvolvimento psicomotor; e que os traços de personalidade mais visíveis foram a sinceridade, justiça, empatia e dificuldades relacionais.

ABSTRACT

Given the lack of information within the Portuguese Pediatric Community concerning intellectual giftedness, the following study was developed with the main objective being to characterize the gifted population in Portugal.

A questionnaire was developed and given to 33 parents whose kids attended ANEIS – 11 girls and 22 boys, with ages between 6 and 17 years old. Only 6 of them studied at an advanced level; the subjects most liked are Maths and Sciences while the most disliked are Languages and Physical Education. The main signs of precocity were the early linguistic fluency, quick learning and intense curiosity. The personality traits more common were sincerity and justice; the least demonstrated were being quiet and ambitious.

It was concluded that: heredity isn't an exclusive factor of giftedness; there are more male children with this diagnosis; males prefer Maths and Sciences while females favor Languages and Arts; there were no significant differences on biometric data however there were signs of precocity on psychomotor development; and the most common character traits are sincerity, justice, empathy and relational difficulties.

¹ ANEIS – Associação Nacional para o Estudo e Intervenção na Sobredotação (National Association for the Study and Intervention on Intellectual Giftedness)

1. INTRODUÇÃO

Atualmente vivemos numa sociedade onde os défices são rapidamente diagnosticados e acompanhados, no entanto as excepcionalidades nem sempre são avaliadas ou devidamente orientadas. Em Portugal a sobredotação é muitas vezes entendida apenas como um excesso de inteligência e por isso desvalorizada do ponto de vista médico. A verdade é que a sobredotação não constitui uma perturbação do desenvolvimento ou uma doença no habitual sentido da palavra, no entanto a criança sobredotada possui potenciais riscos associados, quer do foro psicológico e fisiológico e que podem ser evitados e/ou minimizados com uma intervenção e acompanhamento precoces ^[1]. Deste modo, quando nos deparamos com uma criança sobredotada, é necessário estar ciente da grande variedade de competências e habilidades que constituem a sobredotação, de modo a que seja possível ajudar, não só a criança, como toda a família, contribuindo para uma melhoria da dinâmica familiar.

Em alguns países já se realizaram estudos sobre o papel do pediatra na sobredotação, no entanto, é um tema pouco estudado na comunidade pediátrica em Portugal. Até à data não existe um real conhecimento destas situações, sendo as crianças e adolescentes acompanhados de uma forma dispersa, muito dependente dos recursos da comunidade onde se inserem.

Assim, achou-se pertinente realizar um estudo epidemiológico da população sobredotada em Portugal, com o objetivo de se conhecer um pouco mais sobre esta realidade.

Este trabalho encontra-se dividido em três partes: inicialmente definem-se alguns conceitos teóricos relevantes para uma melhor compreensão da temática, nomeadamente o que se entende por sobredotação e a evolução do conceito ao longo do tempo. Em seguida, apresenta-se um questionário elaborado pela autora, baseado na literatura existente, que foi revisto e validado informalmente por uma especialista nesta área. Este questionário foi efetuado aos pais das crianças e jovens sobredotados, tendo as respostas sido analisadas com base na literatura existente. Por fim, determinam-se as principais limitações, futuras áreas de pesquisa e conclusões.

2. CONCEITOS TEÓRICOS – DEFINIÇÃO

Quando se aborda a temática da sobredotação existem vários conceitos envolvidos, nomeadamente a distinção entre sobredotação, inteligência e talento. Estes conceitos são fluidos e entendidos de maneiras diferentes conforme as culturas e contextos, o que levou à necessidade de se procurar uma definição que fosse abrangente e contextualizada à sociedade portuguesa.

Antes de mais é preciso salientar que precocidade e sobredotação não são o mesmo. Entende-se por criança precoce aquela que “apresenta alguma habilidade específica prematuramente desenvolvida em qualquer área do saber ou do fazer mas habitualmente tendem a equiparar-se aos seus pares, à medida que passa o tempo”, como definido por Rebimbas, Lopes e Pereira ^[1]. Frequentemente algumas crianças sobredotadas são precoces em algumas áreas ^[1]. No entanto, ao contrário da precocidade, atualmente ainda não há uma definição universalmente aceite de sobredotação, embora haja um amplo consenso de que não pode ser definida apenas por um quociente de inteligência (QI), uma vez que estes scores não têm em conta aspetos como a criatividade, a persistência e a inteligência prática.

De entre as várias concepções teóricas as mais aceites são as de Francoys Gagné e Joseph Renzulli.

Francoys Gagné propôs o Modelo Diferenciado de Sobredotação e Talento (Differentiated Model of Giftedness and Talent – DMGT) ^[2]. Gagné afirma que o termo sobredotação só pode ser aplicado quando se trata do uso de habilidades naturais, expressas de forma espontânea e que não foram ensinadas, em pelo menos uma área (intelectual, criativa, sócio-afetiva e sensório-motora) e que coloca a criança nos 10% melhores relativamente aos seus pares. Comparativamente, o termo talento refere-se a um domínio superior de habilidades e conhecimentos sistematicamente desenvolvidos em pelo menos um campo da atividade humana (académico, artes, negócios, lazer, ação social, desporto e tecnologia) e que coloca a criança pelo menos no topo dos 10% melhores naquele campo. Este modelo tenta tornar claro a diferença entre as habilidades naturais específicas, denominadas aptidões, e as habilidades que se vão desenvolvendo e aperfeiçoando, denominadas competências ^[2].

Ainda antes de Gagné se ter debruçado sobre esta problemática, já Joseph Renzulli tinha iniciado o seu estudo em 1978, tendo mais tarde, em 1986 e em 2005, reformulado alguns conceitos ^[3,4]. Para o autor a sobredotação envolve uma interação entre três grupos básicos de traços humanos: habilidade acima da média, criatividade e grande nível de comprometimento com a tarefa (motivação). Deste modo surge então o chamado “Modelo dos três anéis”, onde é dada igual importância a cada um destes aspectos e onde se salienta que nenhum deles é responsável pela sobredotação isoladamente, mas sim aquando da sua interação, ou seja, Renzulli defende que o comportamento sobredotado ocorre quando um indivíduo reúne os três anéis juntos ^[3].

Renzulli, no seu estudo em 1986, destaca este aspeto, pois um dos maiores erros, ainda cometidos, no processo de identificação é o de enfatizar as altas habilidades em detrimento da criatividade e da motivação ^[5]. Para Renzulli a sobredotação é um comportamento que não se manifesta em todas e quaisquer circunstâncias mas sim quando há uma predisposição para o mesmo, isto é em determinadas ocasiões e sob determinadas circunstâncias em indivíduos com habilidades superior à média ^[5].

Contudo, é importante referir que este “Modelo dos três anéis” sofreu várias críticas por não considerar os processos de interação social, fundamentais para o desenvolvimento. Mönks e Van Boxtel defenderam em 1988 que o desenvolvimento surge da ação e da interação, e que para isso o contributo da Família, Escola e Pares/amigos é fundamental ^[6]. Deste modo surge um novo Modelo multi-factorial que adiciona estas características ao Modelo de Renzulli (Figura 1).

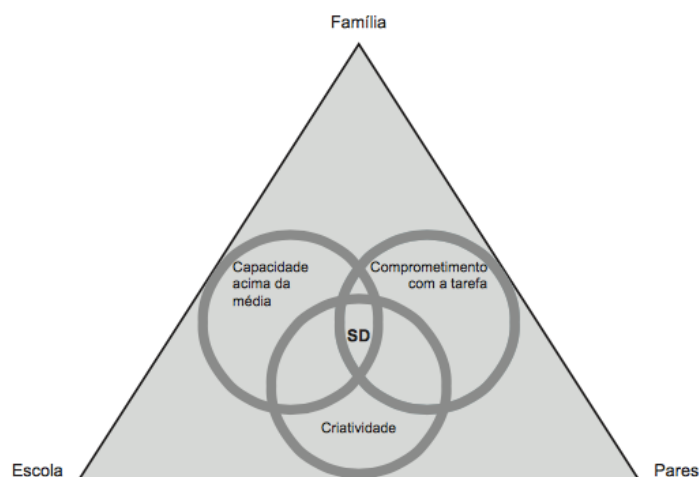


Figura 1. Modelo multi-factorial de sobredotação de Monks. SD- sobredotado. Fonte:

Rebimbas S et al. – Sobredotados; Acta Pediatr Port 2012;43(6):268-71

É esta reformulação do modelo de Renzulli por Mönks que serviu como base teórica para este trabalho de caracterização da sobredotação em idade pediátrica em Portugal

3. MÉTODO

3.1 Sujeitos

As crianças e adolescentes foram recrutadas na Associação Nacional para o Estudo e Intervenção na Sobredotação (ANEIS), nos departamentos de Lisboa, Porto e Braga, uma vez que não existe nenhuma base de dados oficial da Direção geral de Saúde ou da Sociedade Portuguesa de Pediatria sobre este assunto. Todas as crianças inscritas na ANEIS foram examinadas por psicólogos experientes, de maneira a que o diagnóstico de sobredotação tenha como base os mesmos critérios.

Os profissionais da ANEIS informaram os pais, através de contacto direto ou telefónico, da realização deste estudo, convidando-os a preencher um questionário. De acordo com a Declaração de Helsínquia ^[7] e com a Lei Portuguesa ^[8], não foi necessário assinarem um consentimento informado pois antes de iniciarem o questionário havia uma página com uma descrição do estudo e a explicação do seu propósito, estando explícito que, ao iniciarem o questionário, concediam a autorização para utilizar os dados obtidos. Os resultados foram recolhidos numa base de dados anónima e confidencial.

3.2 Questionário

O questionário foi especificamente elaborado para este estudo, tendo como base uma revisão da literatura e construído sob a orientação da Dra. Sara Bahia, psicóloga clínica da ANEIS. Este compreendia um conjunto de questões separadas por grupos, abrangendo dados demográficos e psicossociais pessoais e familiares, dados clínicos da criança ou adolescente, assim como informação sobre atividades da vida diária e componentes de bem-estar, comportamentais e sociais (Anexo 1).

Este questionário foi disponibilizado *online* entre Junho e Outubro de 2015 e enviado para todos os pais que se encontravam na base de dados da ANEIS.

3.3 Análise dos dados

Para a análise estatística dos dados obtidos recorreu-se a software informático (Microsoft Excel®, StatPlus®). Procedeu-se a uma análise descritiva dos dados.

4. RESULTADOS

Dos questionários aplicados aos pais, registou-se 34 respostas; apenas 33 foram analisadas uma vez que um dos questionário foi enviado duplamente.

As 33 respostas eram referentes a 33 crianças, 11 raparigas (33,3%) e 22 rapazes (66,7%), com idades compreendidas entre 6 e 17 anos.

4.1 Sobre a Família

No que concerne às características demográficas dos progenitores, as idades das mães quando as crianças nasceram estão compreendidas entre os 23 e os 41 anos e idade média de 31,6 anos enquanto que as idades dos pais estão entre os 27 e os 45 anos e idade média de 34,3 anos. Em relação ao nível de escolaridade (Gráfico 1), a maioria dos progenitores frequentou o Ensino Superior - Licenciatura; 48,5% das mães comparativamente aos 42,4% dos pais que frequentaram o mesmo nível. Relativamente a nacionalidade, a maioria dos progenitores são portugueses; apenas 6,1% das mães e 15,2% dos pais são de outra nacionalidade.

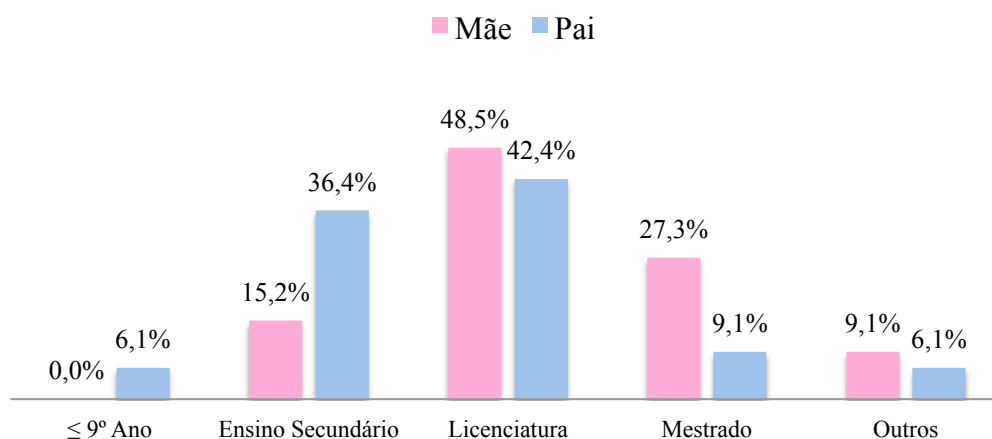


Gráfico 1 - Nível de Escolaridade dos progenitores

Quando questionados sobre história de sobredotação na família, apenas 15,2% das mães e 27,3% dos pais responderam afirmativamente.

Em relação ao número de filhos do casal, a maioria dos casais, 66,7%, tinha 2 filhos e destes apenas 3% tinha os 2 filhos a frequentar a ANEIS, tendo os restantes casais apenas 1 dos filhos a frequentar a Associação.

4.2 Sobre a Criança

Como referido anteriormente a amostra é constituída por 11 raparigas (33,3%) e 22 rapazes (66,7%), com idades compreendidas entre 6 e 17 anos, idade média 10,8 anos, todos de nacionalidade portuguesa.

No que respeita o período neonatal das crianças, toda as mães foram acompanhadas medicamente durante a gravidez, sendo que começaram a respetiva vigilância, em média, a partir da 6^a semana. As gestações duraram entre 32 e 42 semanas, sendo que o valor médio foi de 38,5 semanas. Quanto ao tipo de parto (Gráfico 2), a maioria das crianças nasceu de Cesariana - 55%. Apenas 9,1% das crianças precisaram de assistência médica após o parto.

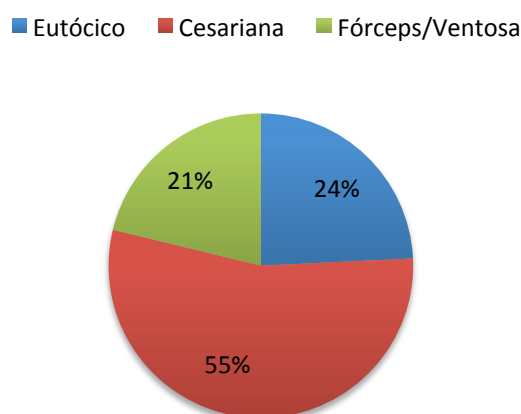


Gráfico 2 - Tipo de Parto

Quando analisados os dados biométricos, verificou-se que o peso ao nascer variou entre 1,45 e 4,5 quilogramas, sendo que o peso médio foi de 3,2 quilogramas (entre o percentil 25 e o 50); o comprimento ao nascer variou entre 45 e 53 centímetros, com a média de 49,2 cm (entre o percentil 25 e o 50); finalmente o perímetro cefálico variou entre 32 e 50 cm, com o perímetro médio de 36,4 cm (entre o percentil 25 e o 50). Para facilitar o estudo posterior destes dados procedeu-se à análise de acordo com os géneros para podermos comparar utilizando os respetivos percentis (Tabela 1).

Tabela 1 – Dados Biométricos ao nascer: valor obtido e percentil correspondente

		Peso em Kg		Comprimento em cm		Perímetro Cefálico em cm	
		Valor	Percentil	Valor	Percentil	Valor	Percentil
Rapazes	Mínimo	2,45	< 5	45,00	< 5	33,50	Entre 10 e 25
	Média	3,11	Entre 10 e 25	49,34	Entre 25 e 50	36,76	Entre 50 e 75
	Máximo	4,50	> 95	51,50	Entre 50 e 75	50,00	> 95
Raparigas	Mínimo	2,71	Entre 10 e 25	46,5	Entre 5 e 10	32,00	< 5
	Média	3,07	Entre 25 e 50	48,75	Entre 25 e 50	34,95	Entre 50 e 75
	Máximo	3,90	Entre 75 e 90	52,00	Entre 50 e 75	46,00	> 95

Avaliou-se igualmente o desenvolvimento psicomotor das crianças, nomeadamente a idade com que as crianças terão começado a sentar-se, dizer as primeiras palavras, efetuar um discurso fluente, gatinhar, andar e a escrever. Os resultados estão representados na Tabela 2.

Tabela 2 - Dados sobre o Desenvolvimento Psicomotor

Etapas de Desenvolvimento	Idade Média
Sentar-se	5,9 meses
Dizer as primeiras palavras	9,8 meses
Efetuar um discurso fluente	20,7 meses
Gatinhar	8,5 meses
Andar	13,1 meses
Escrever	4,1 anos

Foi analisada qual a mão dominante na escrita e verificou-se que a maioria das crianças, 82%, eram dextros. Destaca-se ainda que 9% das crianças eram ambidextros.

Foi pedido aos progenitores que identificassem quais os primeiros sinais de precocidade perceptíveis. De modo a permitir uma mais fácil análise, os resultados foram agrupados por categorias e apresentados abaixo no Gráfico 3. Pode-se verificar que os sinais mais frequentes são o discurso fluente precoce (28%), a rapidez de aprendizagem (28%) e a intensa curiosidade (20%). Estes sinais terão sido identificados maioritariamente pelos

pais e/ou família, em 51,2% dos casos; seguidos pelos professores/educadores em 24,4% dos casos e por fim pelos médicos e psicólogos, com 12,2% dos casos cada. No seguimento da identificação, 69,7% dos progenitores recorreu a um especialista (Pediatra e/ou Psicólogo).

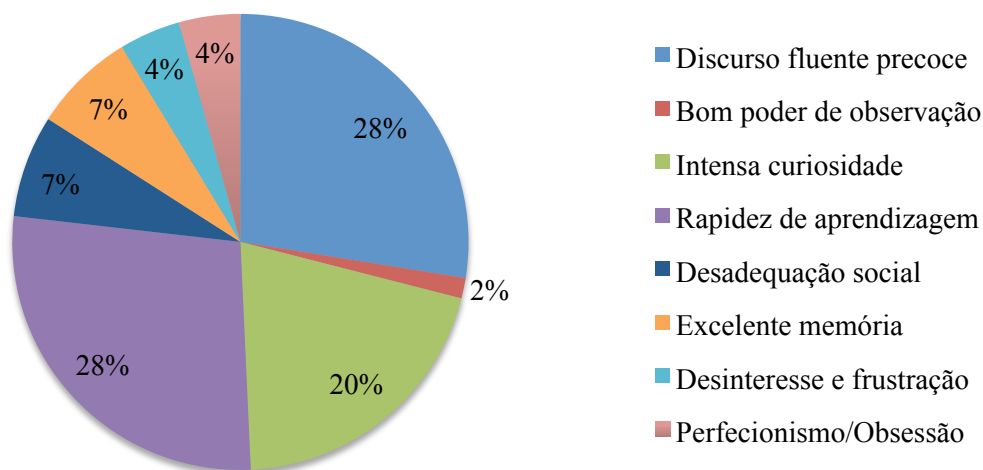


Gráfico 3 – Primeiros Sinais de Precocidade enumerados pelos progenitores

Em relação à idade de entrada para o ensino pré-escolar e primeiro ciclo a maioria respeitou a idade recomendada pela lei portuguesa, nomeadamente 69,7% iniciaram o pré-escolar aos 3 anos e 72,7% entraram para a primária aos 6 anos.

Relativamente ao percurso escolar, apenas 18,2% avançou 1 ano. Estes iniciaram a primária um ano mais cedo, por sugestão da educadora de infância, tendo posteriormente sido avaliados por uma psicóloga que concordou com o avanço. Os restantes realizaram o percurso usual e nenhuma das crianças na amostra reprovou um ano.

No que concerne aos interesses das crianças no âmbito curricular (Gráfico 4), é de salientar que as disciplinas que mais gostam são Matemática (24,7%) e Ciências da Natureza (26%); contrariamente, as que menos gostam são Línguas (38,5%) e Educação Física (23%).

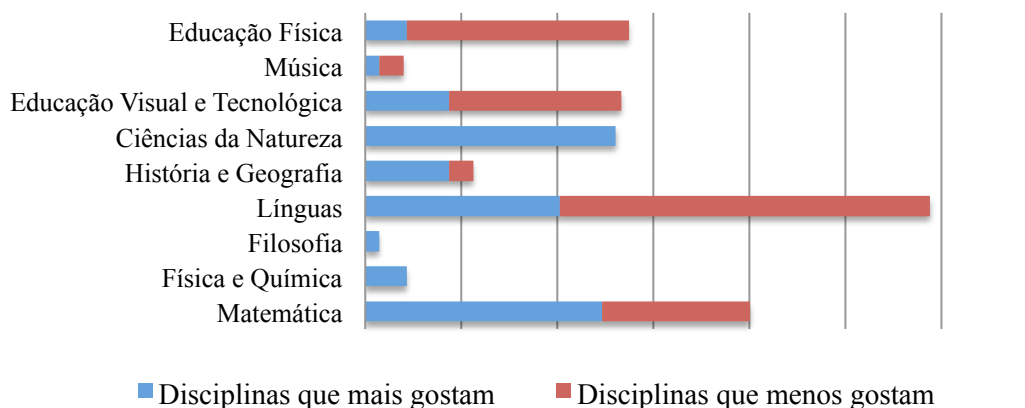


Gráfico 4 - Disciplinas que as crianças mais e menos gostam

No entanto a literatura existente analisa estes dados relativamente ao género, pelo que achou-se pertinente proceder a essa análise (Gráfico 5).

Verificou-se deste modo que os rapazes preferem Matemática e Ciências, ao contrário das raparigas que preferem Línguas e Educação Visual e Tecnológica.

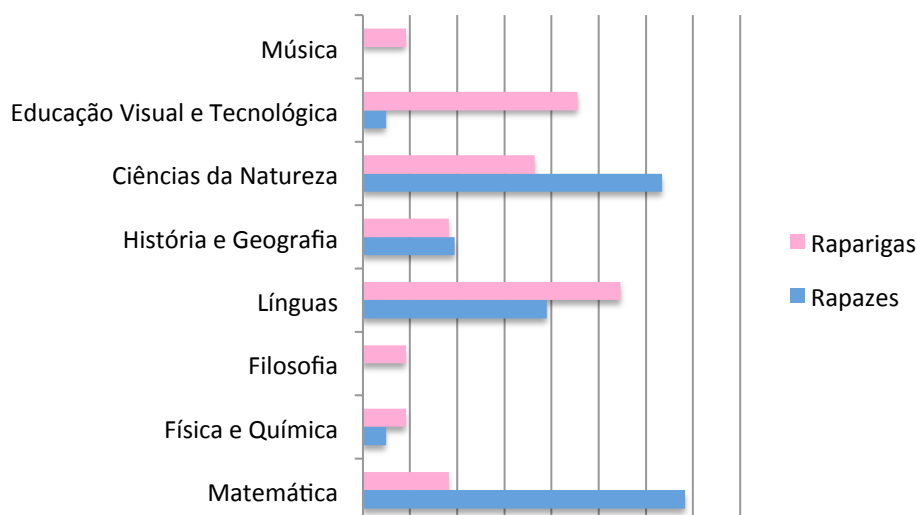


Gráfico 5 – Disciplinas favoritas das crianças por género

Relativamente à atividade física das crianças, 87,9% das mesmas realiza exercício físico regular, com uma média de 2,55 vezes por semana.

Para avaliar o desenvolvimento físico foi calculado o Índice de Massa Corporal (IMC), através do peso em quilogramas e a altura em metro das crianças, e relacionado com a idade das mesmas. Esta relação pode ser verificada no Gráfico 6. Relativamente às

raparigas 9,1% encontra-se abaixo do percentil 5 e 9,1% acima do percentil 95, no patamar da Obesidade; em relação aos rapazes, nenhum se encontrou abaixo do percentil 5, cerca de 4,5% encontram-se entre o percentil 85 e 95, com Excesso de peso e 9,1% encontram-se acima do percentil 95, na categoria da Obesidade.

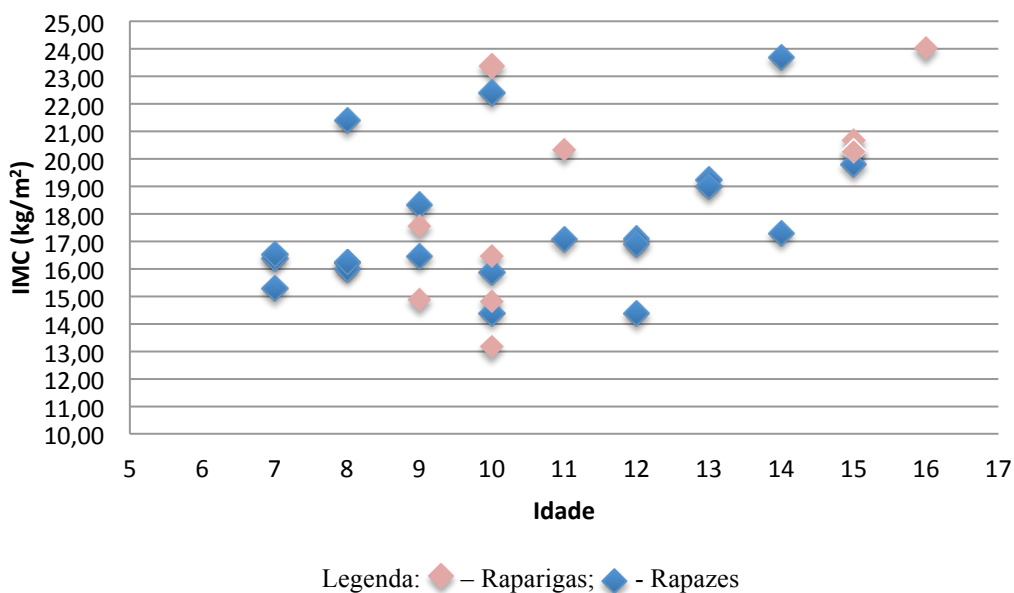


Gráfico 6 – Índice de Massa Corporal

Baseando-se nos componentes de bem-estar, comportamentais e sociais da criança, foi analisada numa escala de 0 (Muito mau/má) a 5 (Muito bom/boa) a capacidade ou relação da criança em diversos contextos. A média das respostas pode ser encontrada na tabela abaixo. Através da sua análise, pode-se concluir que as crianças, em geral, apresentam melhores resultados na capacidade de demonstrar e argumentar o seu ponto de vista e piores na relação com os pares. Verificou-se ainda que 69,7% das crianças já necessitou de apoio psicológico.

Tabela 3 – Classificação de componentes de bem-estar, comportamentais e sociais

Parâmetro	Média da Classificação
Relação com os pares	3,52
Relação com os pais/cuidadores	4,42
Capacidade de aceitar e cumprir ordens	3,27
Sentido de justiça	4,48
Capacidade de demonstrar e argumentar o seu ponto de vista	4,58
Empatia com os problemas sociais	4,45
Tomada de iniciativa perante um problema	3,73
Capacidade de escutar com atenção as regras	3,79

A nível de traços de personalidade (Gráfico 7), as características mais presentes foram a sinceridade (20,2%) e a justiça (14,6%); já as menos demonstradas foram ser calado (2,2%) e ambicioso (3,4%).

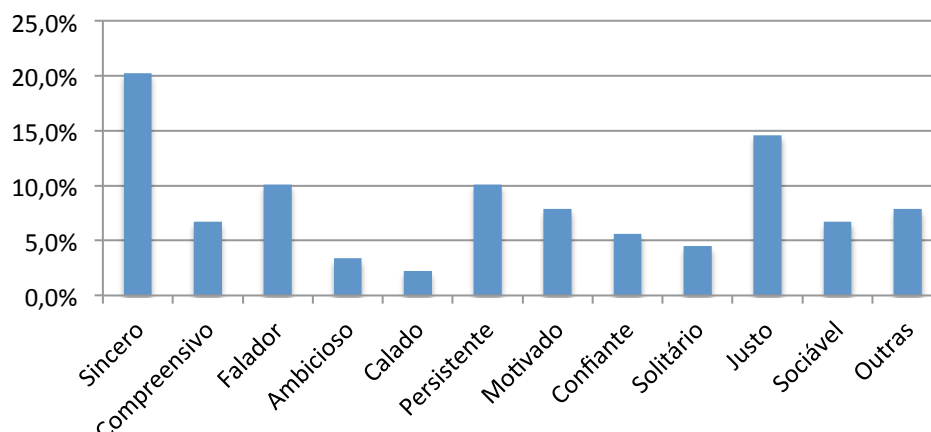


Gráfico 7 – Traços de Personalidade

5. DISCUSSÃO

Este estudo permitiu-nos perceber um pouco melhor o panorama português no que concerne à sobredotação. Identificámos vários aspectos relevantes, alguns semelhantes e outros divergentes do que sucede noutros países.

Começando pela história familiar de sobredotação apenas 15,2% das mães e 27,3% dos pais responderam afirmativamente, o que vai um pouco contra as concepções biológicas de McClearn et al., e Bouchard ^[9,10]. Estas concepções tendem a concentrar-se na hereditariedade da sobredotação e sugerem a existência de uma forte predisposição biológica para a sobredotação, usando a definição de intelectualidade baseada num alto QI.

No entanto, como referido anteriormente, o conceito de sobredotação sofreu várias alterações ao longo dos anos e acredita-se que não é apenas a genética responsável pelo desenvolvimento cerebral mas também factores externos o que pode justificar os resultados obtidos ^[11,12].

Analisando os dados sobre as crianças, começamos por reparar que a amostra é constituída maioritariamente por rapazes, o que vai ao encontro do analisado por Linda

Silverman que afirma que entre 1979 e 2009 cerca de 60,8% das crianças sobredotadas registadas no Gifted Development Center eram rapazes enquanto apenas 39,2% eram raparigas ^[13].

Quando se avaliou os interesses das crianças no âmbito curricular, verificou-se que os rapazes preferem Matemática e Ciências, ao contrário das raparigas que preferem Línguas e Educação Visual e Tecnológica. Já Gilah Leder em 2004 tinha registado os mesmos resultados, afirmando que os rapazes se interessam mais na área científica e acreditam que são bons em matemática e ciências enquanto que as raparigas acreditam serem boas em línguas e artes ^[14]. Este autor afirma também que nenhum dos géneros gosta de praticar exercício físico. Por um lado isto vai ao encontro dos interesses curriculares uma vez que é uma das disciplinas que ambos menos gostam, por outro lado quando foi questionado se praticavam exercício físico regular cerca de 87,9% responderam afirmativamente.

Relativamente aos dados biométricos demonstrados na Tabela 1 verificou-se que em ambos os sexos, no que diz respeito ao peso e ao comprimento, a média encontra-se abaixo do percentil 50; por outro lado, a média do perímetro cefálico encontra-se acima do percentil 50. De acordo com a literatura, alguns autores defendem que crianças sobredotadas têm um desenvolvimento do hemisfério cerebral direito superior ao usual, o que pode condicionar este aumento do perímetro cefálico ^[15]. No entanto para uma melhor correlação seria necessário uma avaliação mais prolongada deste parâmetro, até aos 3 anos, de maneira a perceber se, de facto, este aumento se mantém.

No que concerne ao desenvolvimento psicomotor, como anteriormente referido, de acordo com Rebimbas, Lopes e Pereira, algumas crianças sobredotadas foram precoces em algumas áreas ^[1]. Além disso, como Heller defendeu, capacidades psico-motoras precoces são características preditivas de sobredotação ^[16].

Este fato foi igualmente verificado nas crianças em estudo. Estas demonstraram sinais de precocidade em todas as etapas de desenvolvimento avaliadas, tendo como comparação a Escala de Avaliação do Desenvolvimento de Mary Sheridan Modificada em concordância com o Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (Tabela 4) ^[17].

Tabela 4 – Desenvolvimento Psicomotor: idade média vs. idade padrão

Etapas de Desenvolvimento	Idade Média	Idade Padrão	Comparação
Sentar-se	5,9 meses	6 meses	+
Dizer as primeiras palavras	9,8 meses	12 meses	++
Efetuar um discurso fluente	20,7 meses	60 meses	+++
Gatinhar	8,5 meses	12 meses	++
Andar	13,1 meses	18 meses	++
Escrever	4,1 anos	6 anos	+++

Legenda: + - Mais cedo que padrão; ++ - Muito mais cedo que padrão; +++ - MUITÍSSIMO mais cedo que padrão

Quando analisados os componentes de bem-estar, comportamentais e sociais da criança, concluiu-se que as crianças, em geral, apresentam melhores resultados na capacidade de demonstrar e argumentar o seu ponto de vista e piores na relação com os pares. Relativamente aos traços de personalidade, foram mais presentes a sinceridade (20,2%) e a justiça (14,6%); já os menos demonstradas foram ser calado (2,2%) e ambicioso (3,4%). Estes dados são apoiados pela literatura, pois em 1942, Hollingworth realizou um estudo com crianças sobredotadas onde identificou três principais problemas ^[18].

O primeiro dizia respeito a ausência de hábitos adequados de trabalho no ambiente escolar, no geral, estas crianças não se aplicavam na escola, pois para eles era uma perda de tempo uma vez que os seus conhecimentos pessoais eram superiores ao ensinado nas escolas, esta problemática também foi referida neste estudo no entanto não com peso suficiente para ter repercussão estatística.

O segundo problema relatado foi a dificuldade por parte destas crianças nas suas relações sociais, pois embora procurassem estabelecer relações, o seu grupo de idade não compartilhava os mesmos interesses, o que dificultava a relação e acabava por levar ao isolamento, o que também foi um problema relatado pelos pais neste estudo, uma vez que as crianças apresentaram piores resultados na relação com os pares;

O terceiro e último problema observado foi uma certa vulnerabilidade emocional, pois segundo a autora estas crianças acabam por se envolver em questões éticas e filosóficas, antes de estarem emocionalmente maduros para lidar com tais questões, o que não foi possível avaliar neste estudo.

Ainda com base na literatura eram esperados scores altos na empatia entre as crianças sobredotadas, o que se verificou uma vez que o sentido de justiça pontuou com 4,48/5 e a empatia para com os problemas sociais com 4,45/5, sendo das características com pontuação mais alta ^[19, 20]. Fornia e Frame sugeriram que estas crianças são

particularmente sensíveis à dor de outros e reagem mais emocionalmente à injustiça e ao sofrimento ^[21].

É ainda referido que as altas expectativas daqueles que são dotados, juntamente com as suas fortes ambições e a sua tendência a procurar a perfeição, podem gerar muita ansiedade ^[22, 23]. No entanto esta hipótese não foi apoiada no estudo atual, não tendo sido a ansiedade uma característica priorizada.

6. LIMITAÇÕES E FUTURAS ÁREAS DE PESQUISA

Apesar de termos feito uma avaliação objectiva dos questionários há que de salientar três limitações do estudo.

Em primeiro lugar, os dados foram baseados em questionários de hetero-relato. Estes questionários são dirigidos a um observador relativamente a um sujeito, o que implica um conhecimento do observador dos conceitos a avaliar assim como um conhecimento do sujeito avaliado. Apesar de se utilizarem variáveis quantificáveis, os dados de hetero-relato são subjetivos e portanto nem sempre são fiáveis, especialmente quando também se avaliam características negativas. Deste modo mais estudos devem ser feitos utilizando outros métodos, como por exemplo, entrevistas abertas tanto aos pais como às crianças.

Em segundo lugar, segundo a literatura, alguns sobredotados com um QI extremamente elevado podem apresentar maior risco social e emocional ^[24]. Este facto não foi tido em conta neste estudo, uma vez que não foi quantificado o QI das crianças analisadas, e que devia ser explorado em estudos seguintes.

Por fim, há que ter em conta que os questionários foram realizados aos pais/cuidadores e a opinião que estes têm nem sempre é igual à da criança, o que pode induzir em erro. Assim nos próximos estudos devia ser também avaliada a opinião da criança, pelo menos no que concerne à parte social e emocional.

7. CONCLUSÃO

Após a análise e avaliação dos resultados decorrentes deste estudo, pode-se afirmar que o mesmo, em geral, vai ao encontro do que era expectável, dada a literatura já existente sobre a temática.

Primariamente verificou-se uma contrariedade da teoria da concepção biológica da sobredotação uma vez que, na amostra, poucos foram os progenitores que tinham historial de sobredotação na família. Pode-se assim concluir que a hereditariedade não é fator exclusivo de sobredotação.

Validou-se ainda que a proporção já referida na literatura de géneros na sobredotação também se manifestou na nossa amostra. Deste modo, pode-se inferir que existem mais crianças do sexo masculino com este diagnóstico.

Apurou-se igualmente que as crianças da amostra demonstraram os interesses académicos que comumente são atribuídos à sobredotação, nomeadamente uma maior inclinação do sexo masculino para Ciências e Matemática e uma maior preferência do sexo feminino por Artes e Línguas.

No que concerne a dados biométricos, a amostra não revelou diferenças significativas; no entanto, quando avaliados os dados de desenvolvimento psicomotor, confirmou-se que as crianças em estudo foram precoces em todos os parâmetros avaliados.

Conferiu-se por fim que os traços de personalidade habitualmente mais visíveis em crianças sobredotadas foram igualmente detetados na amostra, designadamente a sinceridade, forte sentido de justiça, a empatia para com os problemas sociais e a dificuldade em estabelecer relações com os pares.

Em suma, é impossível generalizar uma caracterização sobre a população sobredotada uma vez que cada indivíduo é único e irá demonstrar comportamentos, interesses e necessidades distintas. No entanto, é expectável que este estudo tenha, primariamente, ajudado a explorar a realidade portuguesa desta temática, e seguidamente, providenciar uma base para futuras pesquisas e/ou investigações.

8. AGRADECIMENTOS

Não existem palavras suficientes que me permitam agradecer justamente a todos aqueles que, direta ou indiretamente, influenciaram, ajudaram e motivaram aquando a realização deste trabalho final de mestrado. No entanto, não posso deixar de reconhecer aqueles que particularmente tornaram este trabalho possível:

À Dra. Cristina Camilo, como orientadora, agradeço o pela disponibilidade, atenção dispensada, paciência e dedicação.

À Dra. Sara Bahia, psicóloga da ANEIS, como co-orientadora, agradeço o apoio e especialmente a partilha do saber e as valiosas contribuições para o trabalho.

À minha irmã, Catarina Coelho, pelo apoio prestado, disponibilidade e visão crítica.

Por fim, agradeço a toda a minha família por me ter acompanhado e apoiado ao longo de todo o trabalho.

9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rebimbas, S., Lopes, A. S., Pereira, S. A. (2012). Sobredotados – o que o pediatra deve saber, *Acta Pediátrica Portuguesa*, 43(6):268-71.
2. Gagné, F. (1985). Giftedness and talent: Reexamining a reexamination of the definitions. *Gifted Child Quarterly*, 29, 103-112.
3. Renzulli, J. S. (2005). The three-ring conception of giftedness: A developmental model for promoting creative productivity. In R. J. Sternberg & J. E. Davidson (Eds.), *Conceptions of Giftedness* (pp. 246-279). New York: Cambridge University Press.
4. Renzulli, J. S. (1978). What makes giftedness? Re-examining a definition. *Phi Delta Kappa*, 60, 180-181.
5. Renzulli, J. S. (1986). The three-ring conception of giftedness: a developmental model for creative productivity. In R. J. Sternberg & J. E. Davidson. *Conceptions of giftedness* (pp. 53-92) New York: Cambridge University Press.
6. Mönks, F. J., & Van Boxtel, H. W. (1988). Los adolescentes superdotados: Una perspectiva evolutiva. In J. Freeman (Ed.), *El niño superdotado: Aspectos psicológicos y pedagógicos* (pp. 306-327). Madrid: Aula XXI de Santillana.

7. The Helsinki Statement on Health in All Policies (2013) , 8th Global Conference on Health Promotion, Helsinki, Finland
8. Diário da República — I Série-A N.º 2, de 3 de Janeiro de 2001
9. McClearn, G.E., Johansson, B., Berg, S., Pedersen, N.L., Ahern, F., Petrill, S.A., and Plomin, R. (1997). Substantial genetic influence on cognitive abilities in twins 80 or more years old. *Science*. 276, 1560-1563.
10. Bouchard T.J. (1998). Genetic and environmental influences on adult intelligence and special mental abilities. *Human Biol.* 70, 257-279.
11. Deary, I.J. (2001a) Human intelligence differences: towards a combined experimental-differential approach. *Trends Cog. Sci.* 5(4), 164-170.
12. Deary, I.J. (2001b) Human intelligence differences: a recent history. *Trends Cog. Sci.* 5(3), 127-130.
13. Silverman, L. (2009). What We Have Learned About Gifted Children. Retrieved from <http://www.gifteddevelopment.com/articles/what-we-have-learned-about-gifted-children>
14. Leder, G. (2004). Gender differences among gifted students: contemporary views. *High Ability Studies*, Vol. 15, No. 1.
15. Freeman, J. (1985). Emotional aspects of giftedness. In J. Freeman (Ed.), *The psychology of gifted children: Perspectives on development and education* (pp. 247–264). Chichester, England: Wiley
16. Heller, K. A. (2004). Identification of Gifted and Talented Students. *Psychology Science*, Volume 46, 302-323.
17. Direcção Geral da Saúde (2012). Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil.
18. Hollingworth, L. (1942). *Children above 180 IQ: Origin and development*. New York: World Books.
19. Bouchet, N., & Falk, R. F. (2001). The relationship among giftedness, gender and overexcitability. *Gifted Child Quarterly*, 45, 260–267.
20. Silverman, L. K. (1994). The moral sensitivity of gifted children and the evolution of society. *Roeper Review*, 17, 110–116.
21. Fornia, G. L., & Frame M. W. (2001). The social and emotional needs of gifted children: Implications for family counseling. *The Family Journal*, 9, 384–390.
22. Zeidner, M., & Schleyer, E. J. (1999). The big-fish–little-pond effect for academic self-concept, test anxiety and school grades in gifted children. *Contemporary Educational Psychology*, 24, 305–329.

23. Dauber, S. L., & Benbow, C. P. (1990). Aspects of personality and peer relations of extremely talented adolescents. *Gifted Child Quarterly*, 34, 10–15.
24. Fingelkurts, A. A., Alexander, A. (2002). Exploring Giftedness. *Advances in Psychology Research*, Vol. 9, Nova Science Publishers, Inc., pp. 137-155.

10. BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

- Arthur C. Jaffe (2000). The Gifted Child. *Pediatrics in Review*, 21, 240.
- Nancy M. Robinson and Paula M. Olszewski-Kubilius (1996). Gifted and Talented Children: Issues for Pediatricians. *Pediatrics in Review*; 17, 427.
- Nogueira, S. I.. A Sobredotação e o Génio. *Revista Lusófona de Ciências da Mente e do Comportamento*.
- Guénolé, F., Louis, J., Creveuil, C., Baleyte, J., Montlahuc, C., Fournieret, P., Revol, O. (2013). Behavioral Profiles of Clinically Referred Children with Intellectual Giftedness. Hindawi Publishing Corporation, BioMed Research International, 7.
- Nicpon, M. F., Allmon, A., Sieck, B., Stinson, R. D. (2011). Empirical Investigation of Twice-Exceptionality: Where Have We Been and Where Are We Going? *Gifted Child Quarterly*, 55: 3.
- Kuzujanakis, M., (2011). Where Does a Pediatric Doctor Fit in the Care of Gifted Children? *SENGVine*.
- Pairs. K. F., Eichen, D., Putallaz, M., Costanzo, P. R., (2011). Academic Giftedness and Alcohol Use in Early Adolescence. *Gift Child Q.* 1; 55(2): 95–110.
- Shechtman, Z., Silektor, A., (2012). Social Competencies and Difficulties of Gifted Children Compared to Nongifted Peers. *Roeper Review*, 34:63–72.
- Vinkhuyzen, A. A. E., Sluis, S., Posthuma, D., Boomsma, D. I., (2009). The Heritability of Aptitude and Exceptional Talent Across Different Domains in Adolescents and Young Adults. *Behav Genet* 39:380–392.
- Jones, T. W., (2013). Equally cursed and blessed: Do gifted and talented children experience poorer mental health and psychological well-being? *Educational & Child Psychology* Vol. 30 No. 2
- Benbow, C. P., Stanley, J. C., (1996). INEQUITY IN EQUITY: How "Equity" Can Lead to Inequity for High-Potential Students. *Psychology, Public Policy, and Law*, Vol. 2, No 2, 249-292

ANEXO 1 – Questionário aplicado aos pais

12/24/2015

Sobredotação nas Crianças Portuguesas

Sobredotação nas Crianças Portuguesas

No âmbito da Tese de Mestrado, subordinada ao tema "Sobredotação nas crianças portuguesas: epidemiologia e co-morbididades", tutorado pela Pediatra Dra. Cristina Camilo na instituição da Faculdade de Medicina de Lisboa, vimos por este meio apelar a Vossa Excelência, a colaboração no preenchimento deste questionário.

O questionário é anónimo e a informação será utilizada apenas para tratamento de dados estatísticos.

***Obrigatório**

Dados dos Progenitores

Sobre a Mãe

1. 1. Idade *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ < 20 anos
- ☐ 21 - 25
- ☐ 26 - 30
- ☐ 31 - 35
- ☐ 36 - 40
- ☐ 41 - 45
- ☐ 46 - 50
- ☐ 51 - 55
- ☐ 56 - 60
- ☐ > 60

2. 2. Nível de Escolaridade *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ ≤ 9º Ano
- ☐ Ensino Secundário
- ☐ Ensino Superior - Licenciatura
- ☐ Ensino Superior - Mestrado
- ☐ Outros

3. 3. Naturalidade *

.....

4. 4. Profissão *

.....

https://docs.google.com/a/campus.ul.pt/forms/d/1TnInQ6CPfpSR11GkTTW2eKkGKGhs_bdx1KqTIGbOsyU/edit

1/16

12/24/2015

Sobredotação nas Crianças Portuguesas

5. **5. História familiar de precocidade ***

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Sim
☐ Não

6. **5.1. Qual/Quais o(s) membro(s) da família?**

.....

7. **6. História familiar de sobredotação ***

Se Não, avance para a secção "Sobre o Pai".

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Sim
☐ Não

8. **6.1. Qual/Quais o(s) membro(s) da família?**

.....

Sobre o Pai

9. **1. Idade ***

Marcar apenas uma oval.

- ☐ < 20 anos
☐ 21 - 25
☐ 26 - 30
☐ 31 - 35
☐ 36 - 40
☐ 41 - 45
☐ 46 - 50
☐ 51 - 55
☐ 56 - 60
☐ > 60

10. **2. Nível de Escolaridade ***

Marcar apenas uma oval.

- ☐ ≤ 9º Ano
☐ Ensino Secundário
☐ Ensino Superior - Licenciatura
☐ Ensino Superior - Mestrado
☐ Outros

12/24/2015

Sobredotação nas Crianças Portuguesas

11. **3. Naturalidade ***

.....

12. **4. Profissão ***

.....

13. **5. História familiar de precocidade/sobredotação**

Se Não, avance para a secção "Sobre a Família".
Marcar apenas uma oval.

☐ Sim

☐ Não

14. **5.1. Qual/Quais o(s) membro(s) da família?**

.....

Sobre a Família

15. **1. Número de filhos do casal ***

Marcar apenas uma oval.

☐ 1

☐ 2

☐ 3

☐ ≥ 4

16. **2. Número de filhos do casal que frequenta a ANEIS ***

Marcar apenas uma oval.

☐ 1

☐ 2

☐ 3

☐ ≥ 4

17. **3. Motivo(s) pelo(s) qual/quais o(s) filho(s) frequentam a ANEIS ***

.....

.....

.....

.....

Dados do Cuidador da Criança

12/24/2015

Sobredotação nas Crianças Portuguesas

18. **1. Grau de parentesco em relação à criança ***

.....

19. **2. Idade ***

Marcar apenas uma oval.

- ☐ < 20 anos
- ☐ 21 - 25
- ☐ 26 - 30
- ☐ 31 - 35
- ☐ 36 - 40
- ☐ 41 - 45
- ☐ 46 - 50
- ☐ 51 - 55
- ☐ 56 - 60
- ☐ > 60

20. **3. Nível de Escolaridade ***

Marcar apenas uma oval.

- ☐ ≤ 9º Ano
- ☐ Ensino Secundário
- ☐ Ensino Superior - Licenciatura
- ☐ Ensino Superior - Mestrado
- ☐ Outros

21. **4. Profissão ***

.....

Dados da Criança

22. **1. Idade ***

Marcar apenas uma oval.

- ☐ ≤ 5 anos
- ☐ 6 - 8 anos
- ☐ 9 - 11 anos
- ☐ 12 - 14 anos
- ☐ 15 - 17 anos
- ☐ 18 - 20 anos
- ☐ > 20 anos

12/24/2015

Sobredotação nas Crianças Portuguesas

23. **2. Data de Nascimento ***

.....
Exemplo: 15 de dezembro 2012

24. **3. Nacionalidade**

.....

25. **4. Naturalidade**

.....

26. **5. Com quem reside? ***

Marcar tudo o que for aplicável.

- ☐ Mãe
☐ Pai
☐ Irmão(s)
☐ Avó(s)
☐ Avô(s)
☐ Outra:

27. **6. Idade de entrada para creche ***

.....

28. **7. Idade de entrada para pré-escolar ***

.....

29. **8. Idade de entrada para primária ***

.....

30. **9. Atual ano de escolaridade ***

Marcar apenas uma oval.

- ☐ 1º Ano
☐ 2º Ano
☐ 3º Ano
☐ 4º Ano
☐ 5º Ano
☐ 6º Ano
☐ 7º Ano
☐ 8º Ano
☐ 9º Ano
☐ 10º Ano
☐ 11º Ano
☐ 12º Ano

12/24/2015

Sobredotação nas Crianças Portuguesas

31. **10. Já adiantou algum na escola? ***

Se não, avance para a questão 11.

Marcar apenas uma oval.

☐ Sim

☐ Não

32. **10.1. Quantos anos?**

Marcar apenas uma oval.

☐ 1

☐ 2

33. **10.2. Por sugestão de quem?**

.....

34. **10.3. Porque motivo(s)?**

.....

.....

.....

.....

35. **11. Já reprovou algum na escola? ***

Se não, avance para a questão 12.

Marcar apenas uma oval.

☐ Sim

☐ Não

36. **11.1. Qual/Quais?**

.....

37. **12. Qual/Quais a(s) disciplina(s) favorita(s)? ***

Por favor indique no máximo 3.

.....

.....

.....

.....

.....

12/24/2015

Sobredotação nas Crianças Portuguesas

38. **13. Qual/Quais a(s) disciplina(s) que menos gosta? ***

Por favor indique no máximo 3.

.....

.....

.....

.....

.....

Baseando-se no período gestacional da criança

39. **1. Vigilância médica durante a gravidez ***

Se Não, avance para a pergunta 2.

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Sim
- ☐ Não

40. **1.1. A partir de que semanas iniciou a respetiva vigilância?**

.....

41. **2. Número de gravidezes ***

Marcar apenas uma oval.

- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ ≥ 4

42. **3. Número de partos ***

Marcar apenas uma oval.

- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ ≥ 4

43. **4. Número de semanas de gestação ***

.....

44. **5. Tipo de Parto ***

Marcar tudo o que for aplicável.

- ☐ Normal
- ☐ Com fórceps/ventosa
- ☐ Cesariana

12/24/2015

Sobredotação nas Crianças Portuguesas

45. **6. Intercorrências no parto da criança referida ***

Marcar tudo o que for aplicável.

- ☐ Hemorragias
- ☐ Hipertensão Arterial
- ☐ Internamento
- ☐ Infecção
- ☐ Nenhuma
- ☐ Outra:

46. **7. Foi necessária assistência à criança após o parto? ***

Exemplos: Reanimação, incubadora, ...

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Sim
- ☐ Não

47. **7.1. Se Sim na resposta 7, especifique**

.....

.....

.....

.....

.....

48. **8. Peso ao nascer ***

.....

49. **9. Comprimento ***

.....

50. **10. Perímetro Cefálico ***

.....

Baseando-se no desenvolvimento da criança

51. **1. Refira a idade com que a criança começou a sentar ***

.....

52. **2. Refira a idade com que a criança disse as primeiras palavras ***

.....

12/24/2015

Sobredotação nas Crianças Portuguesas

53. **3. Refira a idade com que a criança efetuou um discurso fluente ***

.....

54. **4. Refira a idade com que a criança começou a gatinhar ***

.....

55. **5. Refira a idade com que a criança começou a andar ***

.....

56. **6. Refira a idade com que a criança começou a escrever ***

.....

57. **7. A criança é ***

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Dextra
☐ Esquerdina
☐ Ambidextra

58. **8. Qual/Quais os primeiros sinais de precocidade e/ou sobredotação do seu filho/a perceptíveis? ***

.....

.....

.....

.....

.....

59. **8.1. Quem é que identificou estes sinais? ***

.....

60. **8.2. Recorreu a algum especialista? ***

Se Não, avance para a próxima página.

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Sim
☐ Não

12/24/2015

Sobredotação nas Crianças Portuguesas

61. **8.3. Qual e como ocorreu o processo?**

Descreva resumidamente.

.....

.....

.....

.....

.....

Baseando-se nos componentes de saúde em geral da criança

62. **1. Peso actual ***

.....

63. **2. Altura actual ***

.....

64. **3. Cumpre o Plano Nacional de Vacinação? ***

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Sim
- ☐ Não

65. **4. Realiza exercício físico? ***

Se Não, avance para a questão 5.
Marcar apenas uma oval.

- ☐ Sim
- ☐ Não

66. **4.1. Qual?**

.....

67. **4.2. Número de vezes que pratica por semana?**

Marcar apenas uma oval.

- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ 5
- ☐ Mais de 5

12/24/2015

Sobredotação nas Crianças Portuguesas

68. **5. Qual/Quais a(s) especialidade(s) médica(s) do(s) médico(s) assistente(s) da criança? Qual o motivo de cada seguimento? ***

.....

.....

.....

.....

.....

69. **6. A criança já esteve internada? ***

Se Não, avance para a questão 7.
Marcar apenas uma oval.

- ☐ Sim
- ☐ Não

70. **6.1. Qual o motivo?**

.....

.....

.....

.....

.....

71. **7. A criança possui alguma alergia? ***

Se Não, avance para a questão 8.
Marcar apenas uma oval.

- ☐ Sim
- ☐ Não

72. **7.1. Qual/Quais?**

.....

.....

.....

.....

.....

73. **8. A criança possui alguma doença congénita conhecida (doença adquirida antes do nascimento ou mesmo posteriormente, no primeiro mês de vida)? ***

Se Não, avance para a questão 9.
Marcar apenas uma oval.

- ☐ Sim
- ☐ Não

74. 8.1. Qual/Quais?

.....

75. 9. A criança possui alguma doença adquirida (doenças adquiridas posteriormente ao primeiro mês de vida)? *

Se Não, avance para a questão 10.

Marcar tudo o que for aplicável.

- ☐ Doença Neurológica (Síndrome Asperger, epilepsia, ...)
- ☐ Problemas Oftalmológicos (miopia, astigmatismo, cegueira, ...)
- ☐ Problemas respiratórios (asma, ...)
- ☐ Problemas cardíacos (arritmias, valvulopatias, ...)
- ☐ Problemas gastrointestinais (doença de Chron, Colite ulcerosa, Síndrome Cólon Irritável)
- ☐ Problemas renais e vias urinárias (HTA, infecções urinárias, ...)
- ☐ Problemas dos órgãos genitais (infecções, fimose, ...)
- ☐ Problemas dermatológicos (dermatite atópica, ...)
- ☐ Problemas de alergologia (atopia, rinite, sinusite, ...)
- ☐ Problemas endócrinos (Diabetes, Hiper/Hipotiroidismo, ...)
- ☐ Problemas pedopsiquiátricos (défice de atenção, hiperactividade, esquizofrenia, consumo de alguma substância prejudicial (ex: álcool e drogas), comportamentos autodestrutivos (auto-mutilação, ideação suicida), ...)
- ☐ Não possui nenhuma doença

76. 9.1. Especifique a doença:

.....
.....
.....
.....
.....

77. 10. A criança toma alguma medicação *

Se Não, avance para a próxima página.

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Sim
- ☐ Não

78. 10.1. Qual/Quais?

.....

**Baseando-se nos componentes de bem-estar,
comportamentais e sociais da criança**

12/24/2015

Sobredotação nas Crianças Portuguesas

79. **1. Como classifica a relação da criança com os seus pares (brincar com as outras crianças)? ***

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Muito Mau	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muito Bom

80. **2. Como classifica a relação da criança com os seus pais/cuidadores? ***

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Muito Mau	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muito Bom

81. **3. Como classifica a capacidade de aceitar e cumprir ordens? ***

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Muito Mau	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muito Bom

82. **4. Como classifica o sentido de justiça perante as situações? ***

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Muito Mau	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muito Bom

83. **5. Como classifica a capacidade de demonstrar e argumentar o seu ponto de vista? ***

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Muito Mau	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muito Bom

84. **6. Como classifica a empatia da criança com os problemas sociais (ex: pobreza, crises humanitárias, ambientais, ...)? ***

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Muito Mau	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muito Bom

85. **7. Como classifica a tomada de iniciativa perante um problema? ***

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Muito Mau	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muito Bom

12/24/2015

Sobredotação nas Crianças Portuguesas

86. **8. Como classifica a capacidade de escutar com atenção as regras/etapas de um jogo? ***

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Muito Mau	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muito Bom

87. **9. O seu filho já necessitou de apoio psicológico? ***

Se Não, avance para a questão 10.

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Sim
- ☐ Não

88. **9.1. Porquê e durante quanto tempo?**

.....

.....

.....

.....

.....

89. **10. Selecione dois traços de personalidade que se apliquem à criança ***

Marcar tudo o que for aplicável.

- ☐ Sincero
- ☐ Compreensivo
- ☐ Falador
- ☐ Ambicioso
- ☐ Calado
- ☐ Persistente
- ☐ Motivado
- ☐ Confiante
- ☐ Solitário
- ☐ Justo
- ☐ Sociável
- ☐ Outra:

Baseando-se na sua opinião de cuidador da criança

12/24/2015

Sobredotação nas Crianças Portuguesas

90. **1. Como classifica o Sistema de Ensino, relativamente ao apoio fornecido às crianças sobredotadas, em Portugal? ***

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Muito Mau	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muito Bom

91. **2. Como classifica o Sistema de Saúde, relativamente à detecção de crianças sobredotadas, em Portugal? ***

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Muito Mau	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muito Bom

92. **3. Como classifica a capacidade de um médico/psicólogo detectar e orientar as crianças sobredotadas? ***

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Muito Mau	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muito Bom

93. **4. Como classifica o conhecimento da população portuguesa, em geral, sobre este tema? ***

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Muito Mau	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muito Bom

94. **5. Qual o tipo de apoio que mais sente falta em Portugal? Porquê? ***

.....

.....

.....

.....

.....

95. **6. O que acha que poderia melhorar no Sistema de Saúde Nacional, relativamente ao apoio prestado às crianças sobredotadas? ***

.....

.....

.....

.....

.....

12/24/2015

Sobredotação nas Crianças Portuguesas

96. **7. Considera importante a detecção encaminhamento das crianças sobredotadas para núcleos de apoio? Porquê? ***

.....

.....

.....

.....

.....

97. **8. Para finalizar, indique-nos quais os 2 principais traços de personalidade/características que associa à condição de sobredotação, que o seu filho/a apresenta. ***

.....

.....

.....

.....

.....

Conclusão

Contactos:

Cleópatra Almada – 5º ano do Mestrado Integrado em Medicina (FMUL)

Email : cleopatramed@gmail.com

Inês Coelho – 5º ano do Mestrado Integrado em Medicina (FMUL)

Email : ines-coelho@campus.ul.pt

98. **1. Gostaria de receber futuras informações sobre os resultados obtidos da Tese de Mestrado? ***

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Sim
- ☐ Não

99. **1.1. Se sim, indique-nos o seu email:**

.....

Com tecnologia

